

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Katja Kinnunen
Piia Kinnunen

VUOROVAIKUTUKSEN TUKEMINEN MUISTISAIRAAN HOITO-
TYÖSSÄ
- PowerPoint-esitys hoitotyön opetukseen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2013



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Katja Kinnunen, Piia Kinnunen

Vuorovaikutuksen tukeminen muistisairaahan hoitotyössä - PowerPoint-esitys hoitotyön opetukseen

Toimeksiantaja
Karelia-ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Vuorovaikutus on tärkeä osa muistisairaahan hoitotyötä, sillä usein muistisairaus heikentää kykyä olla vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutus tarkoittaa ajatusten ja tunteiden jakamista ja peilaamista, yhdessä olemista ja yhdessä tekemistä. Muistisairaudella tarkoitetaan muistia tai muita kognitiivisia toimintoja heikentävää sairautta tai tautia. Muistisairauksiin ei ole vielä olemassa parantavaa tai sairauden etenemistä pysäyttävää hoitoa. Tämän vuoksi muistisairaiden, heidän hoitajiensa ja läheistensä hyvinvointiin ja tukemiseen on panostettava.

Opinnäytetyön tarkoituksena on parantaa Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden valmiuksia toimia hyvässä vuorovaikutussuhteessa muistisairaiden kanssa. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa toiminnallisena opinnäytetyönä PowerPoint-esitys Karelia-ammattikorkeakoulun gerontologisen hoitotyön opettajalle, joka tulevaisuudessa hyödyntää tuotosta työssään. PowerPoint-esitys sisältää tietoa yleisimmistä etenevistä muistisairauksista ja näiden sairauksien vaikutuksista vuorovaikutukseen sekä käytännönläheisiä keinoja vuorovaikutuksen tukemiseen. Käytännönläheisten keinojen lisäksi PowerPoint-esityksessä on esitelty luovia ja toiminnallisia menetelmiä, TunteVa-toimintamalli sekä teknologian mahdollisuuksia vuorovaikutuksen tukemiseen.

Jatkossa voidaan tutkia opinnäytetyön vaikuttavuutta hoitotyön opiskelijoiden taidoissa olla vuorovaikutuksessa muistisairaiden kanssa. Jatkotutkimusaiheena voi myös olla vuorovaikutus käytöshäiriöisten muistisairaiden kanssa.

Kieli
suomi

Sivuja 36
Liitteet 3

Asiasanat
vuorovaikutus, muistisairaus, PowerPoint-esitys



THESIS
May 2013
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
+358 50 405 4816

Authors
Katja Kinnunen, Piia Kinnunen

Title
Promoting Communication in the Nursing Care of Patients with Memory Disorders

Commissioned by
Karelia University of Applied Sciences

Abstract

Communication is an important part of nursing care in patients with memory disorders, because individuals suffering from memory disorders may lose some of their communication skills. Communication refers to sharing and reflecting of thoughts and feelings and being and working together with others. A memory disorder is a disease which causes memory loss or other problems in cognitive functions. Currently there is no cure or treatment that can stop the progression of a memory disorder. Because of this, it is important to support not only patients with memory disorders but also their care givers and next of kin.

The purpose of this thesis was to improve communication skills of nursing students at Karelia University of Applied Sciences so that they can achieve better communication with patients affected by memory disorders. The assignment was to produce a PowerPoint presentation to be used by the teacher of gerontological nursing at Karelia University of Applied Sciences. The PowerPoint presentation includes information on the most common progressive memory disorders and their effects on communication. It also presents practical tips, creative and functional methods, TunteVa validation model and opportunities offered by technology to achieve better communication with patients affected by memory disorders.

In the future it is possible to research the effectiveness of this thesis. The research could focus on nursing students communication skills among patients affected by memory disorders or among patients who have behavioral disturbances in addition to a memory disorder.

Language
Finnish

Pages 36
Appendices 3

Keywords
communication, memory disorder, PowerPoint presentation

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	6
2	Yleisimmät etenevät muistisairaudet	7
	2.1. Alzheimerin tauti	7
	2.2. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen	8
	2.3. Lewyn kappale -tauti	9
	2.4. Otsa-ohimolohkorappeumat	11
3	Vuorovaikutus muistisairaassa hoitotyössä	12
	3.1 Vuorovaikutuksen käsite	12
	3.2 Muistisairaus ja vuorovaikutus	13
	3.3 Vuorovaikutuksen tukeminen	14
	3.3.1 Käytännönläheisiä keinoja vuorovaikutuksen tukemiseen	14
	3.3.2 TunteVa-toimintamalli	16
	3.3.3 Luovat ja toiminnalliset menetelmät	18
	3.3.4 Teknologian mahdollisuuksia	19
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä	21
5	Opinnäytetyön toteutus	21
	5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	21
	5.2 Lähtötilanteen kartoitus ja kohderyhmä	22
	5.3 PowerPoint-esityksen suunnittelu ja toteutus	23
	5.4 Tuotoksen arviointi	26
	5.5 Opinnäytetyön prosessi	27
6	Pohdinta	29
	6.1 Luotettavuus ja eettisyys	29
	6.2 Opinnäytetyöprosessin tarkastelu ja arviointi	31
	6.3 Opinnäytetyön jatkokehitysmahdollisuudet ja hyödynnettävyys	33
	Lähteet	34

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Opinnäytetyön prosessikuvaus
Liite 3	PowerPoint-esitys

1 Johdanto

Muistisairaudella tarkoitetaan muistia tai muita kognitiivisia toimintoja heikentävää sairautta tai tautia (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 19). Usein muistisairauteen liittyy sanojen löytämisen ja hahmottamisen vaikeutta, mikä vaikeuttaa vuorovaikutusta (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 82). Vuorovaikutus on tapa ilmaista tarpeita, toiveita ja tunteita, ja näin se myös heijastaa yksilön persoonaa. Vuorovaikutuksen heikentyessä hoitajan tehtävä on osoittaa herkkyyttä ja antaa sairaalle tukea itsensä ilmaisemiseen keinolla, joka sopii parhaiten hänelle. (Jootun & McGhee 2011, 41.)

Muistisairaus ja vuorovaikutus ovat aiheina ajankohtaisia, sillä väestömme vanhenee nopeimmin Euroopassa (Koskinen, Nieminen, Martelin & Sihvonen 2008, 30 - 32). Myös muistisairauksien esiintyvyys kasvaa iän myötä (Sulkava 2010, 123). WHO:n (2012) mukaan muistisairauksiin ei ole vielä olemassa parantavaa tai sairauden etenemistä pysäyttävää hoitoa. Muistisairaiden, heidän hoitajiensa ja läheistensä hyvinvointiin ja tukemiseen on panostettava. WHO (2012) on asettanut muistisairaiden hoitoon päämääriä, joita ovat muun muassa muistisairaahan fyysisen terveyden, kognition, aktiivisuuden ja hyvinvoinnin optimointi sekä tiedon välittäminen ja pitkäaikainen tuki muistisairaita hoitaville. Näin ollen opinnäytetyömme tukee hoitotyöntekijöiden tiedon tarvetta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on parantaa Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden valmiuksia toimia hyvässä vuorovaikutussuhteessa muistisairaiden kanssa. Tuomme heille tietoa yleisimmistä etenevistä muistisairauksista, ja näiden sairauksien vaikutuksista vuorovaikutukseen sekä käytännönläheisiä keinoja vuorovaikutuksen tukemiseen. Tehtävänä oli tuottaa toiminnallisenä opinnäytetyönä PowerPoint-esitys gerontologisen hoitotyön opettajalle, joka tulevaisuudessa hyödyntää tuotosta työssään.

2 Yleisimmät etenevät muistisairaudet

2.1. Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus. Sen osuus kaikista muistisairauksista on 60 - 70 prosenttia. (WHO 2012.) Iän myötä Alzheimerin esiintyvyys kasvaa jyrkästi. Yli 65-vuotiaista tautia esiintyy noin kahdella prosentilla, mutta yli 85-vuotiaista Alzheimerin tautia sairastaa jopa 25 prosenttia. Taudin ennustetaan yleistyvän tulevaisuudessa entisestään. (Sulkava 2010, 124.)

Alzheimerin taudin diagnoosia tehdessä huomataan vähintään puoli vuotta kestänyt tapahtumamuistin heikentyminen. Diagnoosia tukevat heikentyneet tulokset muistitesteissä (muun muassa CERAD tai MMSE), magneettikuvissa nähtävä ohimolohkorappeuma ja selkäytimestä löydetyt biologiset merkkitekijät. (Sulkava 2009.) Aivojen magneettikuvauksesta voidaan myös havaita muutoksia hippokampuksen alueella (Sulkava 2010, 124). Muutosten arvellaan johtuvan amyloidivalkuaisaineen kertymisestä aivoihin (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 88). Aivo-selkäydinnesteestä voidaan havaita beeta-amyloidi 42:n vähenymistä sekä tau- ja fosfotau -proteiinien lisääntymistä. Näiden muutosten puuttuminen ei kuitenkaan varmasti sulje pois Alzheimerin taudin mahdollisuutta. (Sulkava 2010, 124.) Taudin eteneminen voidaan jakaa karkeasti kolmeen osaan: lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan muotoon. Kuitenkin monella taudin ensioireita on ollut jo vuosia ennen diagnoosin saamista. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 85 - 89.)

Alzheimerin taudin lievässä vaiheessa muistioireiden lisäksi voi ilmetä väsymystä, unihäiriöitä sekä ahdistuneisuutta. Muistisairas voi hävetä sairauttaan ja sen vuoksi yrittää peittää oireitaan. Keskivaikeassa vaiheessa päivittäisistä toiminnoista selviytyminen hankaloituu, kun muisti, orientaatio ja asioiden tunnistaminen heikkenevät. Tässä vaiheessa muistisairas tarvitsee ulkopuolista turvaa ja huolenpitoa tehtävien suorittamisessa. Sairauden viimeisessä vaiheessa sairastunut on entistä passiivisempi, ja kontaktin saaminen on hankalaa. Lisäksi muistisairas tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa, kuten syömisessä ja pu-

keutumisessa. (Alzheimerföreningen i Sverige 2012.) Alzheimerin tautia sairastavan keskimääräinen elinaika diagnoosin saamisen jälkeen on 10 - 12 vuotta (Sulkava 2010, 124).

Alzheimerin taudin vaikutus vuorovaikutukseen näkyy jo taudin varhaisessa vaiheessa sanojen hakemisena eli anomiana sekä sanojen hahmottamisen vaikeutena. Kuitenkin sosiaalisen keskustelun taidot voivat olla hyvät. Sairas voi peittää unohtuneita sanoja kiertoilmaisuja käyttämällä. (Sulkava 2010, 123.) Parantavaa hoitoa ei Alzheimerin tautiin ole, vaan hoidon päätavoitteena on hidastaa taudin etenemistä ja tukea sairastunutta selviämään kotona niin kauan kuin mahdollista (Erkinjuntti ym. 2006, 92).

2.2. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä

Verenkiertosairauden aiheuttamaa muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymää kutsutaan vaskulaariseksi kognitiiviseksi heikentymäksi (VCI). Käsite kattaa lievät kognitiiviset oireet, aivoverenkiertosairauden jälkeisen kognitiivisen muutoksen ja dementian, vaskulaariset muistisairaudet sekä Alzheimerin taudin ja aivoverenkiertosairauden yhdistelmän. VCI on siis oireyhtymä, ei erillinen sairaus. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 142 - 143.) Vaskulaarista kognitiivista heikentymää sairastaa Suomessa noin 15 - 20 prosenttia muistisairaista ja kaikkiaan yli 65-vuotiaista 1,6 prosenttia. Ne ovatkin toiseksi yleisempiä muistisairauksia. Keskimääräinen elinajan ennuste on 5 - 8 vuotta. (Viramo & Sulkava 2010, 31 - 35.)

Vaskulaariset kognitiiviset heikentymät jaetaan alatyyppeihin syiden ja aivomuutosten mukaan. Päätyyppejä ovat pienten suonten subkortikaalinen tauti, suurten suonten kortikaalinen tauti sekä kognitiivisesti kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttamat tilat. Pienten suonten tauti on yleisin, ja sitä esiintyy 40 - 60 prosentilla tapauksista. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 144 - 145.) Siinä aivojen pienet valtimot tukkeutuvat ja ahtautuvat. Seurauksena on valkean aineen hapenpuutteesta johtuvia infarkteja ja lakuunainfarkteja, joita ovat alle 15 mm:n infarktit. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 73.) Suurten suonten taudin syynä on useim-

miten keskimmäisen aivovaltimon infarkti. Kriittisen alueen infarktit ovat paikallisia, kognitiivisia häiriöitä aiheuttavia infarkteja. (Sulkava 2010, 126 - 127.)

Oireet vaskulaarisessa kognitiivisessa heikentymässä vaihtelevat paljon sen mukaan, missä kohtaa verenkiertohäiriö on (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 74 - 75). Pienten suonten taudissa varhainen oire on toiminnan ohjauksen häiriö. Se tarkoittaa vaikeutta muun muassa järjestelmällisyydessä, suunnitelmallisuudessa, tavoitteiden asettelussa, toiminnan aloittamisessa ja käsitteellisessä ajattelussa. Muistioireet ovat lievemmat kuin Alzheimerin taudissa. Suurten suonten taudissa varhaisia oireita ovat kortikaaliset oireet, kuten kömpelyys, kielelliset oireet ja hahmottamisvaikeudet. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 148 - 150.) Muita vaskulaarisen dementiaan oireita ovat muun muassa kävelyvaikeudet, näköhäiriöt, virtsaamishäiriöt sekä tunne-elämän häiriöt (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 75). Kielelliset häiriöt riippuvat siitä, missä kohtaa verisuonitukos on aivoissa tapahtunut, joten kielelliset häiriöt ovat usein tarkkarajaisempia kuin muissa muistisairauksissa (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2002, 15).

2.3. Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -taudin osuus kaikista muistisairauksista on noin 15 - 20 prosenttia lähteestä riippuen (Viramo & Sulkava 2010, 31 - 32; Atula 2012). Taudin ilmaantuessa potilaiden ikä vaihtelee 55 - 80 ikävuoden välillä. Tavallisimmin tauti kuitenkin todetaan 60 - 65 vuoden iässä. Myös taudin kestossa on suurta vaihtelua esimerkiksi Alzheimerin tautiin verrattuna. Taudin kesto voi vaihdella alle viidestä yli 30 vuoteen. (Sulkava 2010, 128.)

Lewyn kappale -taudin arvellaan johtuvan hermosolujen sisäisten jyvästen, niin kutsuttujen Lewyn kappaleiden, kertymisestä aivokuorelle ja aivorunkoon. Syy niiden kertymiseen on edelleen epäselvä. Lewyn kappale -tauti aiheuttaa edetessään myös muutoksia niihin hermosoluihin, jotka käyttävät välittäjäaineinaan asetyylikoliinia sekä dopamiinia. (Sulkava & Eloniemi Sulkava 2008, 92.) Lewyn kappaleiden kertymistä aivoihin tapahtuu myös Parkinsonin taudissa, ja tämän vuoksi Lewyn kappale -tautia sairastavat kokevat Parkinsonin taudille tyypillisiä

ekstrapyramidaalisia oireita (Sulkava 2010, 128 - 129). Erona Lewyn kappale - taudin ja Parkinsonin taudin välillä on Lewyn kappaleiden sijainti aivoissa. Lewyn kappale -taudissa Lewyn kappaleet kertyvät aivokuorelle, ja Parkinsonin taudissa ne ovat enemmän aivorungon alueella. (Lewy Body Society 2012.)

Taudin oireet voidaan jakaa kognitiivisiin oireisiin, psykoottisiin oireisiin ja parkinsonismiin (Rinne 2010, 160). Lewyn kappale -tautia sairastavilla esiintyy alkuvaiheessa lievinä muistihäiriöinä esiin tulevaa älyllisen tason heikkenemistä sekä usein myös yksityiskohtaisia näköharhoja. Taudin yhteydessä voi esiintyä kaatumisia, pyörtymisiä ja jopa tajunnantason menetyksiä, joiden arvellaan ainakin osittain johtuvan Lewyn kappale -tautia sairastaville tyypillisestä matalasta verenpaineesta. (Sulkava 2010, 128 - 130.) Yksi Lewyn kappale -taudin piirre on, että potilaat ovat herkkiä neuroleptilääkitykselle, joka voi aiheuttaa parkinsonismin pahenemisen (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 90; Rinne 2010, 160).

Lewyn kappale -tauti hankaloittaa alkuvaiheessa vuorovaikutusta aiheuttamalla harhoja sairastuneelle. Kun sairastunut on väsynyt, voidaan havaita lievää muistamattomuutta ja orientaatiokyvyn heikkenemistä. Myöhemmin henkilön kognitiiviset kyvyt ja muisti heikkenevät. Ekstrapyramidaalioireet alkavat näkyä puheen tuottamisen vaikeutena, puhe muuttuu hiljaisemmaksi ja kehon liikkeet muuttuvat jähmeiksi ja kasvoihin tulee ilmeettömyyttä. Ajan mittaan lauseet lyhenevät, ja taudin edetessä puhe saattaa jopa kokonaan kadota. Vuorovaikutustilanteissa on syytä huomioida, että huumorintaju säilyy loppuun saakka, ja myös oivaltamiskyky sekä asioiden perustelu johdonmukaisesti säilyvät pitkään. Sairaalle tulee antaa tilaa ja aikaa vastata jähmeydestä johtuen. (Sulkava 2010, 128 - 129.)

2.4. Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa- ja ohimolohkojen etuosiin painottuneita muutoksia kutsutaan yhteisnimityksellä otsa-ohimolohkorappeumat. Tyypillisiä oirekuvia ovat frontotemporaalinen dementia (FTD), etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia. Yhteistä näille kaikille on taudin alkaminen suhteellisen nuorena noin 45 - 70 vuoden iässä, hiljainen ja vähittäin tapahtuva eteneminen sekä vaikeudet ymmärrettävän puheen tuottamisessa. Selkeät muistamisen vaikeudet ilmenevät vasta taudin edetessä. (Käypä hoito -suositus 2010a.) Otsa-ohimolohkorappeumien arvellaan johtuvan geenivirheestä, mikä aiheuttanee taudin suurentuneen periytyvyyden. Otsa-ohimolohkorappeumissa valkuaisainetta alkaa kertyä aivoihin painottuen otsa- ja ohimolohkojen alueelle. (Käypä hoito -suositus 2010b.)

Frontotemporaalisessa dementiassa ensioireena on luonteen muuttuminen etenkin sosiaalisissa tilanteissa: toiset kadottavat estot, toiset vetäytyvät. Osa sairastuneista ei pysty erottamaan soveliaisuuden rajoja, kuten kuinka lähelle vastapuolta saa mennä vuorovaikutustilanteessa. Toisilla taas käytös muuttuu summittaisesti hyvin apaattisen ja estyneen sekä estottoman välillä. (Kuikka, Pulliainen & Hänninen 2002, 256 - 257.) Taudin edetessä puhe voi muuttua. Toisilla sairastuneista esiintyy pakonomaista puhumista, sanojen ja fraasien toistamista, toisilla puheentuotto vähenee lähes olemattomiin tai sairauden edetessä jopa loppuu kokonaan. (Kuikka ym. 2002, 257.)

Etenevässä sujumattomassa afasiassa aivomuutokset painottavat usein vasempaan aivopuoliskoon otsa- ja ohimolohkojen etuosiin (Käypä hoito -suositus 2010a). Etenevässä sujumattomassa afasiassa on nimensä mukaisesti paljon ongelmia puheen tuottamisessa. Ongelmat kulkevat mukana koko sairastamisen ajan ja pahenevat taudin edetessä. Monella puhe on sujumatonta, ja sen spontaani tuottaminen on hankalaa. Muita oireita voivat olla äänteiden vääristyminen, kielioopin ongelmat, nimeämisen vaikeus, ja myös änkkyttämistä sekä lukemisen ja kirjoittamisen vaikeutta saattaa esiintyä. Varhaisvaiheessa sosiaaliset taidot yleensä säilyvät hyvinä, mutta taudin edetessä luonne voi muuttua. (Kuikka ym. 2002, 258.)

Semanttisessa dementiassa aivojen rappeutuminen alkaa molempien ohimo-lohkojen alueelta, tyypillisesti niiden alaosista (Käypä hoito -suositus 2010a). Oireet ilmenevät puheen ymmärtämisen ja sanojen merkityksen häviämisenä. Sairaana on hankala nimetä tosiasioita, henkilöitä, asioita ja paikkoja. Tämä heijastuu vuorovaikutukseen puheensisällön epämääräisyytenä. Tapahtumamuisti säilyy usein suhteellisen hyvänä taudin edetessäkin. Luonteenpiirteiden muutokset liittyvät taudin etenemiseen. (Kuikka ym. 2010, 258, 260.)

3 Vuorovaikutus muistisairaana hoitotyössä

3.1 Vuorovaikutuksen käsite

Vuorovaikutus syntyy keskinäisistä prosesseista, joissa kaksi tai useampi henkilö lähettää ja ottaa vastaan eri tavoin tuotettuja viestejä toisiltaan (Jootun & McGhee 2011, 6). Se tarkoittaa ajatusten ja tunteiden jakamista ja peilaamista, yhdessä olemista ja yhdessä tekemistä (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 19). Vuorovaikutuksen oppiminen tapahtuu elämäkokemuksen kautta, johon vaikuttaa vastavuoroisuus sosiaalisen ympäristön kanssa (Jootun & McGhee 2011, 6).

Vuorovaikutus jaetaan kahteen viestinnälliseen muotoon: sanattomaan ja sanalliseen viestintään. Sanallinen viestintä on puhuttua ja kirjoitettua kieltä ja sen ymmärtämistä. (Vilén ym. 2008, 20.) Sen osuus vuorovaikutuksessa on pieni, vain alle 10 prosenttia (Aejmelaesus, Kan, Katajisto & Pohjola 2008, 86). Sanallisen viestinnän tarkoituksena on vaihtaa tietoa ja kokemuksia sekä olla merkinä viestintä- ja ajattelukyvystä (Launonen & Roisko 2008, 608). Sanatonta viestintää ovat ilmeet, eleet sekä muun muassa käsien kieli ja kuvakieli. Ei-kielellinen viestintä on vuorovaikutuksessa merkityksellinen, sillä se paljastaa viestin todellisen merkityksen. Sanattoman ja sanallisen viestinnän epäsuhtaisuus voi aiheuttaa hämmennystä ja kaksoisviestintää. (Laaksonen ym. 2002, 6, 28.)

3.2 Muistisairaus ja vuorovaikutus

Ikääntyminen itsessään ei aiheuta ongelmia vuorovaikutukseen. Normaalissa ikääntymisessä muutokset kognitiossa eli tiedonkäsittelyssä ovat vähäiset, mutta muistisairaus aiheuttaa muutoksia siihen. Muistisairaus heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, joita ovat muun muassa abstrakti ajattelu, tarkkaavaisuus, toiminnanohjaus, orientaatio, muistitoimintoihin ja kielellisiin toimintoihin. Muistisairauksissa kognitiiviset muutokset näkyvät esimerkiksi kielellisinä häiriöinä, nähdyn esineen tunnistamisen vaikeutena ja liikesarjojen suorittamisen vaikeutena, vaikka mitään fyysistä estettä toimintojen suorittamiseen ei olisikaan. Toiminnanohjauksen häiriö näkyy suunnitelmallisuuden puutteena. (Erkinjuntti 2010.)

Kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavat muistisairauden ohella myös muut sairaudet ja vaivat, psyykkinen hyvinvointi ja ympäristötekijät. Vaikuttamalla näihin tekijöihin voidaan parantaa myös kognitiivista toimintakykyä. Vaikka muistisairaahan lähimuisti on usein huono tai jopa olematon, hän muistaa tunteita tai tunnelmia. Tarkat sanamääreet voivat unohtua, ja tilalle saattaa tulla tunnepitoisia sanoja, kuten äiti. Kuormittavissa tilanteissa muistisairas saattaa alkaa puhua kotiin lähdöstä tai kysellä lastensa perään. Tärkeää on, että muistisairaahan todelliseen hätään vastataan ja hoitaja ymmärtää väärin sanoitetun viestin. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 102.)

Yhteinen ymmärrys voi muuttua haasteelliseksi, kun muistisairaahan kielen täsmällisyys heikkenee ja puhe muuttuu sekavammaksi (Laaksonen ym. 2002, 7). Muistisairaajat yrittävät päästä mukaan tilanteisiin kiinteiden ilmausten avulla, jotka ovat aikaisemmin elämässä opittuja fraaseja tai esimerkiksi lainauksia runoista tai muusta kirjallisuudesta. Kiinteillä ilmauksilla pyritään kuvaamaan omaa tilannetta tai ne voivat toimia reaktiona toisten toimintaan (Lindholm 2006, 185, 197). Lisäksi muistisairauksiin liittyy asioiden toistaminen ja kyseleminen, jotka voivat tulla jokapäiväiseksi. Muistisairas voi kohtalaisesti muistaa yksittäisiä päivän tapahtumia, mutta asioiden aikajärjestys usein sekaantuu. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 131.)

3.3 Vuorovaikutuksen tukeminen

3.3.1 Käytännönläheisiä keinoja vuorovaikutuksen tukemiseen

Ihmisillä on tarve tulla ymmärretyksi, ymmärtää ja olla yhteydessä kanssaihmiin (Häkämies 2012, 7). Ymmärtävä vuorovaikutus on kaiken perusta hoidettaessa muistisairasta. Pelkkä hyväntahtoinen ymmärtäminen ei kuitenkaan riitä, vaan tarvitaan tietoa muistisairaasta, hänen sairaudestaan sekä sisäisestä kokemusmaailmasta, jossa muistisairas elää. (Laaksonen ym. 2002, 7.) Joskus muistisairaiden sanallinen vuorovaikutus on hajanaista, minkä takia hoitajan on käytettävä kaikkia aistejaan ymmärtääkseen muistisairaalle viestejä (Laaksonen ym. 2002, 7; Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 57).

Keskeistä on empaattisuus, jolla tarkoitetaan toisen tunteeseen eläytymisestä, myötäelävää ymmärrystä sekä kykyä asettua toisen asemaan (Pohjavirta 2012a, 22). Empatiaa voi välittää sanoin, mutta myös ilmeet, katseet, hymy, vapautunut ja rento olemus sekä liikehdintä suhteessa muistisairaaseen välittävät empatiaa (Laaksonen ym. 2002, 24). Liian varhain vuorovaikutustilanteissa esiintuotu empatia saattaa kuitenkin tuntua hoidettavasta hyökkäävältä tai hämmentävältä. Hoidettava voi kokea hämmennystä siitä, kuinka tuntematon hoitaja kykenee samaistumaan hänen tilanteeseensa niin hyvin. (Aejmelaeus ym. 2008, 90.) Omien ja toisen tunteiden erottaminen on olennainen tekijä empatiataidossa (Häkämies 2012, 9).

Lisäksi auttavassa hoitosuhteessa hyvän vuorovaikutuksen elementteinä voidaan pitää avoimuutta, arvostusta, luottamusta, turvallisuutta, aitoa välittämistä, joustavuutta sekä sitoutuneisuutta. Hyvän vuorovaikutussuhteen rakentumiseen vaikuttavat myös hoitajan itsetuntemus, tasapainoinen suhde itseensä ja vuorovaikutustilanteen monitasoinen ymmärtäminen. Arvot ja uskomukset kohtaavat jokaisessa vuorovaikutustilanteessa, ja yhteisymmärrys on perustana molempipuoliselle itsearvostukselle. (Laaksonen ym. 2002, 7, 19).

Vuorovaikutus on välittämistä eikä vuorovaikutustilanteita pitäisi nähdä ajan hukkaamisena. Hoitajan olisi hyvä antaa muistisairaalle niin paljon aikaa ja tilaa

kuin mahdollista. (Young 2012, 151.) Antamalla aikaa oppii ymmärtämään toisen tunteita ja tarpeita (Elkins 2011, 18). Muistisaira on saatava rauhassa käsitellä saamaansa tietoa ja vastata siihen. On vältettävä olemasta liian nopea arvaamaan, mitä hän yrittää viestittää. Muistisaira on annettava viimeistellä ajatuksensa ja sanansa. (Alzheimer's society 2013.) Tärkeää on, että ymmärtämistä ei teeskentele. Ei haittaa, vaikka alkuperäisen viestin tarkoituksesta jouduttaisiin neuvottelemaan pitkäänkin. Kun yhteisymmärrys löytyy, se rohkaisee yrittämään uudelleen. (Burakoff 2012.)

Muistisaira kanssa olisi hyvä keskustella tutuista aiheista, puhua selkeästi, lyhyesti ja aina yksi asia kerrallaan. Esimerkiksi kun kysytään mielipidettä, tarjotaan selkeät vaihtoehdot. Lisäksi puheessa tulisi käyttää tuttuja sanoja ja kieltä, sillä esimerkiksi lapsena puhuttu äidinkieli rauhoittaa ja pysyy pisimpään muistissa. Keskustelussa tulisi hallita äänenkäyttönsä ja kiinnittää huomiota siihen, että puhutaan aikuiselle. (Kivikoski & Laaksonen 2003, 453.)

Vanhojen asioiden muisteleminen on tärkeä apuväline, jolla tuetaan muistisaira identiteettiä, sillä uudet asiat eivät jää helposti mieleen (Pohjavirta 2012a, 37). Lisäksi muistelun kautta voi saada yhä uudelleen onnistumisen elämyksiä (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 103). Elämänhistorian tunteminen helpottaa muistelua. On hyvä kerätä tietoa, mitkä asiat herättävät positiivisia tai negatiivisia tunteita tai ilmauksia. (Elkins 2011, 18).

Sanaton viestintä korostuu muistisairauden myöhemmässä vaiheessa, kun puhekyky ja ymmärrys ovat heikentyneet (Young 2012, 150). Tällöin vuorovaikutuksessa tulisi käyttää runsaasti sanatonta viestintää ja kehon kieltä. Sanattomia viestejä voi korostaa käyttämällä kuvia tai näyttämällä konkreettisia esineitä viestimisen tueksi. (Kivikoski & Laaksonen 2003, 453.) Sanatonta vuorovaikutusta voidaan tehostaa läsnäololla. Rauhallinen, rento ja myönteinen olemus, hymyily ja katsekontakti viestivät läsnäolosta. Sitä voidaan myös osoittaa samalle tasolle asettumisella, läheisyydellä ja koskettamisella. Jakamaton huomio sekä yhdessä tekeminen ja toimintaan osallistuminen tukevat viestejä läsnäolosta. (Burakoff 2012.)

3.3.2 TunteVa-toimintamalli

Muistisairaiden vuorovaikutusta parantamaan on kehitetty suomalainen TunteVa-toimintamalli (Pohjavirta 2012a, 22). Malli perustuu yhdysvaltalaisen Naomi Feilin validaatiomenetelmään, jonka hän kehitti vuosina 1963 - 1980 erittäin iäkkäiden hoidon tueksi. Validaatiomenetelmän tarkoituksena on luoda arvostava ja myötäelävä vuorovaikutussuhde iäkkääseen. Menetelmässä hoidettavan tunteet ja tarpeet kohdataan sellaisenaan eikä tosiasioista kiistellä. Iäkkäälle annetaan mahdollisuus käsitellä vanhoja ja traumaattisia asioita sekä saavuttaa eheyden tunne. (Pohjavirta & Sipola 2005.)

Validaatiomenetelmän ohella TunteVa-toimintamalli sisältää Sopimusvuoren terapeutin yhteisöhoidon mallin (Häkämies 2012, 7). Terapeuttinen yhteisöhoito tuli Suomeen vuonna 1970. Yhteisöhoidon periaatteita ovat keskinäisten suhteiden hoito ja yhdessä tekeminen, erilaisuuden hyväksyminen ja sallivuus, avoimuus, tasa-arvoisuus, yhteinen päätöksenteko, henkilökohtaisen hoitosuunnitelman laatiminen sekä yhteinen arviointi yhteisön kehityksestä ja suunnittelu. Yhteisöhoidon tavoitteena on siis muistisairaalle mahdollisimman hyvä elämä hoitokodissa. (Lumijärvi 2012, 40.)

TunteVa-toimintamalli parantaa muistisairaiden vuorovaikutusta sekä identiteettiä ja omanarvontuntoa (Pohjavirta 2012a, 22). Mallissa tärkeää on olla läsnä toiselle ihmiselle sekä luoda luottamussuhde toiseen. Muistisairaaseen voidaan saada yhteys avoimen mielen, eläytymisen ja aidon kiinnostuksen kautta. Yhteyden rakentaminen tapahtuu kuunnellen ja eläen mukana ihmisen tunteissa sekä hitaasti edeten. Muistisairaaseen luodaan yhteys lisäksi keskustelemalla, käyttämällä sanatonta viestintää, ajatustyöllä sekä tunnemuistojen houkuttelulla tietoisuuteen. Keinoihin TunteVa-toimintamallissa kuuluu myös yhteisöllisyys. (Pohjavirta 2012a, 31 ja 33 - 34.)

TunteVa-toimintamallin ajatuksena on tunnepohjainen vuorovaikutus hoitajan ja hoidettavien välillä, jolloin lisätään muistisairaiden yhteisöllisyyden tunnetta ja vähennetään vetäytymisen tarvetta (Pohjavirta 2012a, 22). Vuorovaikutus hoidettavan ja hoitajan välillä voi kuitenkin muuttua haasteelliseksi päivittäisissä

hoitotilanteissa. Näitä ovat muun muassa peseytymistilanteet tai tilanteet, kun muistisairaalla on jokin tärkeä kadoksissa, hänellä on ikävä kotia ja perhettä, hän ilmaisee itseään symbolien avulla tai on muuten ahdistunut. Hoitotilanteet muuttuvat helposti väittelyksi ja riitelyksi, jolloin muistisairaahan tunteet sivuutetaan tai hänen tarpeensa torjutaan. Haasteellisissa tilanteissa hoitajan olisi olennaista oivaltaa tunteiden tasolla, miltä muistisairaasta tuntuu tai mitä häneltä puuttuu. Esimerkiksi jos muistisairaalla on jotain hukassa, hoitajan tulisi ottaa häntä todesta, olla mukana hänen tunteessaan ja ottaa tunnetila vastaan. (Pohjavirta 2012b, 60 - 61.)

TunteVa-toimintamalli jakaa muistisairauden etenemisen neljään vaiheeseen: alkuvaihe (malorientaatiovaihe), ajan ja paikan tajun hämärtyamisen vaihe, toistuvien liikkeiden vaihe sekä sisäänpäin kääntymisen vaihe (sikiövaihe). Muistisairauden alkuvaiheessa ihmisellä voi olla pelko itsenäisyyden ja elämänhallinnan menettämisestä. Tässä vaiheessa olevaa ihmistä tulee kohdella hienotunteisesti ja huomioida hänen oma alueensa sekä välttää suoraan tunteisiin vetoavia aiheita. Ajan ja paikan tajun hämärtyamisen vaiheessa muistisairas vetäytyy hetkittäin menneisyyteen, ja nykyisyys onkin tärkeää menneisyyden muistojen kautta. Tässä vaiheessa ihmisen itsekontrolli ja estot voivat hävitä. Tärkeäksi nousee perustunteiden ja tarpeiden huomioiminen. (Pohjavirta 2012b, 46 - 52.)

Toistuvien liikkeiden vaiheessa muistisairas ei ole enää täysin tietoinen ympäröivästä tilasta tai itsestään henkilönä. Sanallinen ilmaisukyky on voinut heikentyä, ja usein hän korvaa epäselvän puheen liikkeiden ja äänien avulla. Tässä vaiheessa rakastava ja arvostava kosketus, liikkeiden myötäily ja puhuminen nousevat hoitajan tehtäviksi. Sisäänpäin kääntymisen vaiheessa muistisairas sulkeutuu pois ulkomaailmasta ja vetäytyy tunnemuistoihin. Aikaisemmin rakennettu luottamussuhde voi tehdä yhteyden luomisesta helpompaa. Tärkeää on edelleen puhua hänelle ja muistella esimerkiksi hänen elämänsä ja jutella hänelle tärkeistä asioista. Tavoitteena olisi saada muistisairas ilmaisemaan itseään edes jollain tavalla ja saada aikaan tunnereaktioita, esimerkiksi ilmeitä tai eleitä. (Pohjavirta 2012b, 54 - 58.)

3.3.3 Luovat ja toiminnalliset menetelmät

Eri tutkimusten mukaan luovat menetelmät hoitotyössä tukevat muistisaira-an vuorovaikutusta ja hyvinvointia. Luovia ja toiminnallisia menetelmiä ovat esi-merkiksi tanssiesitykset, musiikkiterapeuttinen hoito ja laulaminen. (Ravelin 2008; Rylatt 2012; Hammar, Emami, Engström & Götell 2011.) On huomattu, että taiteet ja luovat toiminnot voivat mahdollistaa tunneperäisen vapautumisen sekä voivat tarjota keinon kommunikoida luovan itseilmaisun kautta. Tämä kos-kee etenkin niitä muistisairaita, joilla sanallinen viestintä on heikentynyt. (Rylatt 2012, 44; Andreev & Salomaa 2005, 161.)

Luovuus ja elämyksellisyys antavat onnistumisen ja hyvän yhdessäolon koke-muksia sekä tukevat elämänhallintaa. Elämänhallinnan tukeminen perustuu luovien menetelmien kokonaisvaltaisuuteen; ne vaikuttavat ihmiseen niin psyykkisesti, fyysisesti, sosiaalisesti kuin hengellisestikin. Virikkeelliset toimin-tamuodot voivat myös parantaa ja ylläpitää muistisairaiden elämänlaatua ja toi-mintakykyä, mikä on tärkeää sekä inhimillisistä että yhteiskunnallisista syistä. Luovuuden avulla vanhus voi jäsentää ja syventää itsetuntoaan, pohtia elämän merkitystä, löytää elämään uutta sisältöä sekä eheytyä ja saavuttaa sisäistä tasapainoa. (Andreev & Salomaa 2005, 161 - 162, 170.)

Luovissa ja toiminnallisissa menetelmissä käytetään symboleja, jotka korvaavat puhetta sekä toimivat havainto- ja virikemateriaalina. Symbolit ovat välineitä ymmärtämisessä, itsensä ilmaisussa ja tunteiden kuvaamisessa. Symbolit voi-vat olla lähtökohtana aihepiirille, ja niiden avulla voidaan toimia yhdessä silloin-kin, kun ei ole yhteistä kieltä. Välineenä ja materiaalina käytetään usein kuvia, esineitä ja luonnonmateriaalia sekä kertomuksia ja oman elämän tarinoita, runo-ja, satuja, musiikkia, maalia, siveltimiä, kyniä, paperia, romua, kankaita, kasveja ja niin edelleen. (Andreev & Salomaa 2005, 170 - 171.)

Tanssiesitys on hyvin vuorovaikutuksellinen tapahtuma, joka vähentää yksinäi-syyttä ja lisää muistisaira-an mielipiteiden esittämistä sekä toisten kannustamis-ta. Tanssiesitys tukee myös sanatonta viestintää, sillä se mahdollistaa luonte-vasti koskettamisen ja ryhmään kuulumisen. Vuorovaikutuksen paranemisen lisäksi tanssiesitys muun muassa virkistää aivotoimintoja, vahvistaa henkisiä

voimavaroja ja parantaa levottomien muistisairaiden keskittymiskykyä. Muistoihin perustuva tanssiesitys on työväline, jonka avulla voidaan vaikeistakin asioista keskustella. Lisäksi tanssiesitys mahdollistaa omiin kokemuksiin palaamisen, ja näin muistisairas saa mahdollisuuden vaalia onnellisia muistoja. (Ravelin 2008, 105 - 110.)

Musiikkiterapeuttinen hoito voi olla muistisairaille ja heidän hoitajilleen keino olla onnistuneesti vuorovaikutuksessa sekä tehdä yhteistyötä aamun hoitotilanteiden aikana. Se näyttäisi parantavan vuorovaikutusta kummallakin osapuolella. Musiikkiterapeuttinen hoito tarkoittaa, että hoitajat laulavat yksin tai hoidettavan kanssa aamutoimien aikana. Vaikka laulut sisältäisivät sanoja muusta kuin puheutumisesta, kuten tanssimisesta, rakkaudesta, purjehtimisesta ja jumalasta, yleensä muistisairaat ovat vuorovaikutuksessa hoitajiin aktiivisesti ja ovat suostuvaisia sekä rentoutuneita. (Hammarin ym. 2011, 160.)

3.3.4 Teknologian mahdollisuuksia

Vuorovaikutusta voidaan tukea myös erilaisten teknologian ratkaisujen avulla. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto sekä Vanhustyön keskusliitto ovat mukana teknologian hyödyntämistä tutkivassa hankkeessa Käyttäjälle kätevä teknologia eli KÄKÄTE. Raha-automaattiyhdistyksen rahoittaman hankkeen päämääränä on parantaa ikäihmisten kotona selviämistä sekä helpottaa heidän kanssaan työtätekevien arkea teknologian avulla. (KÄKÄTE-projekti 2013.) Seuraavassa on lyhyesti esitelty pari vuorovaikutuksen tukemiseen kehitettyä tuotetta.

Sävelsirkku on suomalainen keksintö, ja sillä tarkoitetaan kuntouttavan hoitotyön tueksi kehitettyä äänipalvelua. Äänipalvelun tavoitteena on hyödyntää hyvinvointiteknologiaa toiminnallisen, asiakaslähtöisen ja sosiaalisesti aktiivisen hoitokulttuurin kehittämisessä. Sävelsirkku-konsepti kattaa tuhansia erilaisia musiikki- ja puheohjelmia, hoitajille välineitä tuokion suunnitteluun sekä Sävelsirkku-laitteiston. (Audience First 2013.) Käytännössä Sävelsirkku on laitteisto, johon kuuluu helppokäyttöinen kaukosäädin sekä vähintään yksi älykaiutin. Lait-

teisto päivitetään aika-ajoin liittämällä älykaiutin tietoverkkoon. (Päiväsaari-Vestenius, Mikkonen, Pieviläinen & Pohjola 2008, 10.)

Sävelsirkun on todettu parantavan muistisairaiden kykyä olla vuorovaikutuksessa niin hoitohenkilökunnan kuin toisten vanhusten kanssa. Vuorovaikutuksen paraneminen ei ulotu pelkästään lievää muistisairautta sairastaviin, vaan se paranee myös heikkokuntoisilla ja ei-sanalliseen vuorovaikutukseen kykenevillä muistisairailla. Sävelsirkun pidempiaikainen käyttö lisää ohjaamatonta vuorovaikutusta, mutta jo yhdellä käyttökerralla on havaittu olevan positiivisia tuloksia. (Saarela 1999.)

Vuorovaikutuksen ja kontaktin ottamiseen on kehitetty hyljerobotti Paro, jota käytetään esimerkiksi muistisairaiden vanhusten hoidossa. Paro on alkujaan japanilainen keksintö, joka on vähitellen rantautunut Eurooppaan. (Innohoiva 2013.) Ulkonäöltään se muistuttaa nimensä mukaisesti pientä hyljettä ja sisällä sillä on kaksi tietokonetta, jotka ohjaavat robottia vastaamaan erilaisiin ärsykeisiin, kuten ääneen ja kosketukseen. Paron on huomattu herättävän käyttäjissään tunteita laidasta laitaan. Myös tunteiden osoittaminen hyljerobottia kohtaan voi olla avoimempaa kuin esimerkiksi hoitajaa kohtaan. Hyljerobotti on herättänyt tunteita myös sellaisissa henkilöissä, jotka eivät ole kommunikoineet moneen vuoteen. (Hihnala 2013.) Paro on saanut kahdesti ”Maailman terapeutisin robotti” -palkinnon Guinness World Recordilta. Hyljerobotin kerrotaan stimuloivan tunteita, puhetta, vuorovaikutusta ja muistoja. (Innohoiva 2013.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on parantaa Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden valmiuksia toimia hyvässä vuorovaikutussuhteessa muistisairaiden kanssa. Tuomme heille tietoa yleisimmistä etenevistä muistisairauksista ja näiden sairauksien vaikutuksista vuorovaikutukseen sekä käytännönläheisiä keinoja vuorovaikutuksen tukemiseen. Tehtävänä oli tuottaa toiminnallisen opinnäytetyönä PowerPoint-esitys gerontologisen hoitotyön opettajalle, joka tulevaisuudessa hyödyntää tuotosta työssään.

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi vaihtoehto ammattikorkeakoulussa tutkimuksellisen opinnäytetyön rinnalla. Sen tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistus, toiminnan järjeistäminen tai järjestäminen sekä opastaminen. Tuotoksena voi olla esimerkiksi ohje, kotisivut tai perehdyttämisoas. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi. Käytännönläheisyys, työelämälähtöisyys sekä alan teoretiedon hallinnan osoittaminen ovat hyvän opinnäytetyön tunnuksia. (Vilka & Airaksinen 2003, 9 - 10.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportoinnissa pitää näkyä, mitä on tehty ja miksi kyseiseen toimintaan on päädytty sekä kuvaus prosessin etenemisestä, tuloksista ja johtopäätöksistä. Raportin perusteella lukija pystyy arvioimaan opinnäytetyön onnistumisen ja kirjoittajan ammatillista osaamista. Onnistuessaan opinnäytetyöraportti hyödyttää muita tutkimuksen tekijöitä antamalla heille ideoita ja näkökulmia. (Vilka & Airaksinen 2003, 65, 67.)

Vilkan ja Airaksisen (2003, 16 - 17) mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä olisi suotavaa olla toimeksiantaja, sillä se lisää vastuuntuntoa opinnäytetyöstä ja

opettaa projektihallintaa. Projektihallinnalla tarkoitetaan tiimityötä, aikatauluttamista, tavoitteiden asettamista ja täsmällisen suunnitelman tekemistä. Toimeksiantajan kautta luodaan yhteys työelämään ja saadaan kuva sen tarpeista, joihin opinnäytetyöllä voidaan vastata.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotoksen tekstin pitää vastata opinnäytetyön sisältöä, tavoitetta ja tekstilajia. Tuotoksen tekstissä tulee ottaa huomioon kohderyhmän ikä, asema ja tietämysaiheesta. Tuotoksen tyylistä ja sävystä olisi hyvä keskustella opinnäytetyön ohjaajan ja toimeksiantajan kanssa. Tekstin toimivuutta voi testata myös kohderyhmän edustajilla. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51, 129.)

Tunnuksena toiminnalliselle opinnäytetyölle valmistui tuotoksena PowerPoint-esitys sekä raportti, josta näkyy tutkimuksiin perustuva tieto aiheesta. Raportti sisältää myös tarkan kuvauksen opinnäytetyöprosessista, jossa tuotosta arvioidaan monipuolisesti. PowerPoint-esitys vastaa opinnäytetyölle esitettyyn tavoitteeseen ohjeistaa käytännön työelämää. Opinnäytetyön raportti ja tuotos tulevat hyödyttämään opiskelijoita, sillä he saavat niistä valmiuksia olla hyvässä vuorovaikutuksessa muistisairaiden kanssa. Toiminnallisen opinnäytetyön suositusten mukaan työllä on toimeksiantaja, joka on Karelia-ammattikorkeakoulu (liite 1). Työ tulee gerontologisen hoitotyön opettajan opetuskäyttöön.

5.2 Lähtötilanteen kartoitus ja kohderyhmä

Toiminnallisen opinnäytetyön ensimmäinen vaihe on lähtötilanteen kartoitus, jossa on ensin ideoitava aihe. Hyvä opinnäytetyön aihe liittyy vahvasti koulutusohjelman opintoihin, lisäksi se syventää opiskelijan tietoja ja taitoja aiheesta. Hyvä aihe luo jotain uutta opiskeltavalle alalle. Lähtötilanteen kartoituksessa selvitetään myös tuotoksen kohderyhmä ja idean tarpeellisuus ja merkitys kohderyhmässä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16, 27.)

Opinnäytetyön lähtökohtana olivat kokemuksemme hoitajien toiminnassa vuorovaikutustilanteissa muistisairaiden kanssa. Lähdimme miettimään, miten saisimme rakennettua aiheesta opinnäytetyön. Etsiessämme tietoa aiheesta löy-

simme paljon suomalaisia tutkimuksia muistisairauksien aiheuttamista käytöshäiriöistä. Halusimme ottaa opinnäytetyöhön positiivisen näkökulman, ja sen vuoksi aihe on rajattu vuorovaikutuksen parantamiseen, ei käytöshäiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon. Lisäksi livanaisen ym. (2001, 59) mukaan ammatillinen vuorovaikutus on oleellinen osa hoitotyötä ja hoitajan ammattitaitoa. Muistisairaudet rajasimme koskemaan yleisimpiä eteneviä muistisairauksia, sillä niiden osuus muistisairauksista on suuri. Todennäköisesti vuorovaikutusta tukevat keinot ovat sovellettavissa kaikkiin muistisairauksiin.

Suunnittelimme, että tekisimme Muistisairauden vaikutus vuorovaikutukseen - tietolehtisen muistisairaiden kanssa työskenteleville tai opaslehtistä muistisairaiden omaisille. Tässä vaiheessa opinnäytetyön ohjaajamme esitti kiinnostuksensa aiheetta kohtaan ja kysyi, voisiko hän olla toimeksiantajamme. Aloimme keskustella hänen kanssaan tarkemmin, millaisen tuotoksen hän meiltä haluaa. Toimeksiantajan kanssa päätimme, että teemme hänelle opetuskäyttöön käytännönläheisen PowerPoint-esityksen. Käytännönläheisyys vastaa hoitotyön opiskelijoiden tarpeeseen, sillä he kaipaavat, että koulutus tarjoaisi enemmän käytännön neuvoja työelämään (Kähkönen 2013, 16).

5.3 PowerPoint-esityksen suunnittelu ja toteutus

Hyvänä PowerPoint-esityksenä pidetään selkeää ja yksinkertaista esitystä, joka pitää kuulijoitten mielenkiinnon yllä loppuun asti. Diojen tulisi olla helposti luettavia, ja niissä ei saisi olla liikaa tekstiä. Esityksestä tulisi käydä ilmi esiteltävän työn keskeinen sisältö tavalla, joka helpottaa asioiden mieleen painamista. (Koulutuksen tutkimuslaitos 2011; Hautsalo 2007, 32 - 33.) Diaesityksen ulkonäössä on otettava huomioon riittävä kirjasinkoko ja -tyyppi, värit sekä kuvien ja tehosteiden määrä. Myös diojen järjestys on syytä miettiä tarkkaan, samoin kuin otsikon ja sisällön vastaavuus. PowerPoint-esityksen hyvin suunniteltu sisältö ja rakenne helpottavat itse esityksen sujumista. (Hautsalo 2007, 32 - 33.)

PowerPoint-esitystä suunnitellessa on otettava huomioon yleisö, esityksen tarkoitus ja tilanne. On tärkeää tietää, kenelle esitys tehdään ja mikä on yleisön

kiinnostus sekä tietotaso esitettävästä asiasta. Esityksen tarkoitus on oltava selkeänä esityksen tekijöiden mielessä: onko tarkoituksena opettaa, vakuuttaa vai inspiroida kuulijoita. Tilanteessa on huomioitava tilanteen muodollisuus, yleisön määrä ja käytössä oleva aika. Nämä asiat on hyvä käsitellä ennen esityksen valmistamista. (Heath 2008, 19 - 20.)

Aloitimme PowerPoint-esityksen teon kysymällä toimeksiantajan edustajalta, millaisen ja kuinka pitkän esityksen hän haluaisi ja onko hänellä erityistoiveita sisällöstä. Toimeksiantajamme antoi meille täysin vapaat kädet esityksen tekemiseen. Seuraavaksi aloitimme PowerPoint-esityksen suunnittelun miettimällä kohderyhmää, sen aikaisempaa tietoperustaa muistisairauksista ja heidän tiedon tarvettaan. Esitystilanteet voivat olla vaihtelevia, joten emme halunneet tehdä PowerPoint-esityksestä liian pitkää tai informatiivista. Kohderyhmällä eli hoitotyön opiskelijoilla voi olla takanaan kokemusta muistisairaista. Esimerkiksi osalla opiskelijoista voi olla taustalla sosiaali- ja terveystieteen perustutkimus tai muuta alan työkokemusta, joten pyrimme tuomaan esityksessä esiin uusinta tutkimustietoa aiheesta.

PowerPoint-esityksen tarkoitus on parantaa Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden valmiuksia toimia hyvässä vuorovaikutussuhteessa muistisairaiden kanssa. Tuomme heille tietoa yleisimmistä etenevistä muistisairauksista ja näiden sairauksien vaikutuksista vuorovaikutukseen sekä käytännölläheisiä keinoja vuorovaikutuksen tukemiseen. Näin ollen tarkoituksenamme on tuoda perustietoa aiheesta. Kokemuksemme mukaan Karelia-ammattikorkeakoulun oppitunnit eivät ole kaavamaisia, ja esitystilanteet ovat opettajille luonnollisia ja vähemmän muodollisia. Yleisön määrä tunneillamme on vaihdellut 10 - 30 henkeen. Toivomme, että saisimme PowerPoint-esityksen ulkoasun kautta välitettyä rennon ja oppimista edistävän ilmapiirin.

Käytössä oleva aika vaihtelee oppitunneista riippuen. Pyrimme kokoamaan esityksestä kattavan, mutta tarvittaessa melko nopeasti esitettävän. Tarkoituksena oli, että halutessaan opettaja voi täydentää ja pidentää esitystä raporttiamme hyödyntäen. Esimerkiksi diassa 10 (liite 3) kehoitetaan olemaan empaattinen ja kerrotaan, että empatiaa voi osoittaa monin tavoin. Halutessaan opettaja voi

katsoa raportin sivua 13, ja kertoa lisää keinoja empatian osoittamisesta. Aja-
tuksenamme on antaa opettajalle vapaus käyttää erilaisia opetustyyplejä sekä
tehdä esityksestä sen pituisen, mihin oppitunnin aika riittää.

PowerPoint-esitykseen on poimittu lääketieteellisestä tekstissä vain otsikkoa
vastaava sisältö; muistisairauden vaikutus vuorovaikutukseen. Halutessaan esi-
tyksen pitäjä saa laajemmin tietoa yleisimmistä muistisairauksista raportistam-
me. Teimme ensin valmiiksi opinnäytetyön raportin tietoperustan, sillä halusim-
me sen tukevan PowerPoint-esitystä. Esitys on rakennettu raportin sisällön mu-
kaisessa järjestyksessä, jotta esityksenpitäjän olisi mahdollista käyttää raportti-
amme lisätiedon saamiseen. Koimme tärkeäksi rajata diojen pituus, sillä Haut-
salon (2007, 33) mukaan yhteen diaan ei tulisi kirjoittaa yli kymmentä tekstiriviä.

PowerPointin sisällössä halusimme painottaa hoitotyön osuutta ja käytännön
keinoja vuorovaikutuksen tukemiseen. TunteVa-toimintamalli sisältää paljon
käytännön keinoja vuorovaikutuksen tukemiseen, mutta emme halunneet antaa
sille muita suurempaa painoarvoa. Toimintamallista saisi itsessään rakennettua
yhden opinnäytetyön, ja yleensä kyseessä olevan toimintamallin esittämiseen
käydään TunteVa-toimintamallia käsittelevä kurssi. Samalla tavoin luovat ja
toiminnalliset menetelmät sekä esimerkit teknologian mahdollisuuksista on vain
lyhyesti nostettu esiin, sillä meidän oli pidettävä kiinni työmme rajoista.

Esitystä elävöittääksemme otimme PowerPointiin raportin ulkopuolelta esimerk-
kejä kirjoista (Taylor 2008; Pohjavirta 2012) ja omasta työkokemuksesta. Esi-
merkkien tavoitteena on helpottaa teorian tiedon yhdistämistä käytäntöön. Elävöit-
tämistä teimme myös aiheeseen liittyvien kuvien avulla. Otimme kuvat Microsoft
Office PowerPointin omasta ClipArt-kuvapankista ja saimme pari kuvaa Koske-
lan vanhustenkeskukselta. ClipArt-kuvat ovat vapaasti kaikkien käytössä, joten
kuviin ei ollut tarvetta miettiä tekijänoikeuksia. Koskelan vanhustenkeskus on
suullisesti luvannut kuvat meidän käyttöömme.

Diojen värimaailmasta halusimme hillityn, jotta se ei veisi huomiota tekstistä.
Valitsimme ClipArtistista sisältöön sopivan taustakuvan, jota käytimme läpi esityk-
sen. Näin saimme dia-sarjoista yhtenäisen. Kuva on parhaiten nähtävissä esi-

tyksen kannessa, sillä halusimme sen toimivan johdannon tavoin katsojaa koututtavana. Hautsalon (2007, 33) mukaan kirjasinkoon on oltava selkeä ja vähintään 20 pistettä. Valitsimme kirjasintyyppiksemme Arialin sen hyvän luettavuuden vuoksi. Varmistimme jokaisessa diassa, että varsinaisen tekstin kirjasin on vähintään 20 pistettä. Alaviitteessä olevat nimemme jätimme tarkoituksella pienemmälle fontille, sillä ne eivät ole opetuksen kannalta oleellista tietoa. Kirjasintyyppi on yhtenäinen läpi esityksen.

PowerPoint-esitys ei valmistunut yhdellä kertaa, vaan ensin teimme niin sanotun raakaversion esityksestä. Kokosimme siihen mielestämme oleellisen tiedon. Sen jälkeen teimme pieniä muutoksia sisältöön ja rakenteisiin sekä lisäsimme kuvia esitykseen. Kirjasintyyppiin, värimaailmaan ja ulkoasun viimeistelyyn jätimme viimeiseksi. Kun esitys oli mielestämme suunnilleen valmis, lähetimme sen muutamalla tuttavallamme sekä opinnäytetyön ohjaajillemme katsottavaksi ja kommentoitavaksi. Korjasimme esitystä kommenttien perusteella. Laitoimme dioihin enemmän tietoa muistisairauksista ja teimme muutamia tarkennuksia sanavalintoihin.

5.4 Tuotoksen arviointi

Opinnäytetyön ensimmäinen arviointikohde on opinnäytetyön idea. Ideaa arvioidessa tarkastellaan aihepiiriä ja opinnäytetyölle asetettuja tavoitteita. Raportissa tulee olla idean ja ongelman kuvaus, teoreettinen viitekehys sekä kuvaus kohderyhmästä. Opinnäytetyön toinen arviointikohde on työn toteutustapa, johon kuuluvat tavoitteiden saavuttamiseksi käytetyt keinot ja aineiston kerääminen. Kolmas arviointi toiminnallisessa opinnäytetyössä on arviointi prosessin raportoinnista ja kieliasusta. Opinnäytetyön arviointiin olisi hyvä kerätä palautetta kohderyhmältä. Se voi olla kommentteja tuotoksen onnistumisesta, käytettävyydestä sekä visuaalisesta ilmeestä ja luettavuudesta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154, 157, 159.)

Opinnäytetyön tuotoksena valmistuvaa PowerPoint-esitystä arvioivat opinnäytetyön ohjaajat, joista toinen on toimeksiantajamme. Lisäksi luetutimme opinnäy-

tetyötä tuttavapiirissämme, johon kuuluu niin hoitoalan ammattilaisia, opiskelijoita kuin hoitoalasta tietämättömiä. Näin saimme monipuolista palautetta sekä raportista että tuotoksesta. Palautteen perusteella pystyimme hiomaan työtä. Lopullisen työn arvio on keväällä 2013 Karelia-ammattikorkeakoulussa.

Pyysimme esityksen kommentoijilta palautetta työn ulkoasusta, luettavuudesta ja esityksen sisällöstä. Etenkin hoitotyötä tehneiltä toivoimme kehittämisideoita sisältöön. Esityksen ulkoasuun kommentoijat olivat hyvin tyytyväisiä. Heistä se oli selkeä, ja tekstiä oli helppo lukea. Esitystä kehitettiin mielenkiintoiseksi ja hyvin hoitotyöhön soveltuvaksi. Jopa pitkään muistisairaiden parissa työskennelleet löysivät sieltä itselleen uusia vinkkejä omaan työhönsä. Eräs muistisairaiden parissa työskentelevä kaipasi esitykseen tietoa aggressiivisesta käyttäytymisestä ja liikunnan vaikutuksesta vuorovaikutukseen. Päätimme kuitenkin olla lisäämättä näitä asioita työhömmе, sillä katsoimme niiden menevän aiheen rajauksemme ulkopuolelle.

Opinnäytetyö vastaa sille esitettyyn tarkoitukseen hyvin, sillä tuotos sisältää käytännönläheistä tietoa vuorovaikutuksen parantamiseen. Myös ne, joilla on jo aikaisempaa kokemusta vuorovaikutuksesta muistisairaiden kanssa, todennäköisesti löytävät uusia keinoja vuorovaikutuksen tukemiseen. Yleistä tietoa etenevistä muistisairauksista on esityksessä vähän, mutta olemme tyytyväisiä, kuinka hyvin saimme koottua tietoa muistisairauden vaikutuksesta vuorovaikutukseen.

5.5 Opinnäytetyön prosessi

Aloitimme opinnäytetyön suunnittelun keväällä 2012, kun teimme kurssilla ”Hoitotiede ja näyttöön perustuva toiminta” muistisairautta ja vuorovaikutusta käsittelevän kirjallisuuskatsauksen. Kesän ja alkusyksyn 2012 aikana päädyimme tekemään toiminnallisen opinnäytetyön ja rajasimme aiheen. Aiheen työstäminen alkoi omien työelämästä kertyneiden kokemusten pohjalta. Olimme jo pitkään pohtineet lähihoitajan työssä muistisairaiden erilaista kykyä kommunikoi-

da: miksi muistisairaat asettavat sanansa väärin, miten huumorintaju säilyy ja mitkä tekijät parantavat vuorovaikutusta.

Alkusyksystä etsimme itsellemme toimeksiantajaa. Ajattelimme kysyä tarvetta tällaiselle opinnäytetyölle lähialueen muistihoitajilta tai Muistiliitolta. Kun syksyllä esittelimme aiheen opinnäytetyötä ohjaaville opettajille, toinen ohjaajista innostui aiheesta ja tarjoutui toimeksiantajaksemme. Hänen toiveidensa mukaan tuotoksena lähti muovautumaan PowerPoint-esitys hoitotyön opiskelijoille. Asetimme opinnäytetyölle tarkoituksen ja tehtävän. Lisäksi asetimme itsellemme tavoitteen kehittyä muistisairaiden hoidon ammattilaisiksi, erityisesti parantaa omia vuorovaikutustaitoja muistisairaiden parissa. Varsinainen toimeksiantosopimus kirjoitettiin toimeksiantajan edustajan kanssa 25.2.2013 (liite 1).

Opinnäytetyön tietopohjan kerääminen tapahtui syksyn ja talven 2012 - 2013 aikana useista eri lähteistä, niin suomalaisista kuin ulkomaisistakin. Ulkomaiset lähteet ovat pääasiassa englanninkielisiä. Tiedonhaussa kiinnitettiin huomiota eri näkökulmiin; kirjoja luettiin niin lääkäreiden, hoitajien, sairaiden kuin omaistenkin näkökulmista kirjoitettuna. Kaikki tieto ei päätnyt opinnäytetyön lähteisiin, mutta useat lähteet auttoivat hahmottamaan muistisairauksia kokonaisuutena. Työskentelytavaksi muodostui laaja-alainen tiedonhaku monesta eri tietokannasta, esimerkiksi Cinahlista ja Medicistä. Tämän jälkeen valittiin työhön sopivat lähteet, joiden pohjalta kirjoitettiin opinnäytetyön tietoperusta. Kirjoittaminen tapahtui yhdessä työskennellen, että kummankin opinnäytetyöntekijän mielipide ja näkökulma tulivat esille.

Syksystä 2012 lähtien otimme osaa pienryhmäohjaukseen, jossa saimme palautetta ja ideoita työn edistymisestä. Pääasiassa syksyn aikaan kokosimme opinnäytetyösuunnitelman, joka sisälsi muun muassa perustietoa muistisairauksista, vuorovaikutuksen käsitteen määrittelyn ja aikataulutuksen opinnäytetyön etenemiselle. Opinnäytetyösuunnitelmamme hyväksyttiin 15.1.2013.

Vuodenvaihteen jälkeen pienryhmätapaamiset jatkuivat. Opinnäytetyöohjaamme ollessa myös toimeksiantaja saimme kuulla hänen mielipiteensä pienryhmätapaamisissa, emmekä näin ollen tarvinneet erillisiä tapaamisia hänen kans-

saan toimeksiantajan edustajana. Opinnäytetyön tietoperustassa keskityttiin tutkimustiedon löytymiseen vuorovaikutuksesta. Kevään 2013 aikana otimme osaa koulun opinnäytetyöinfoihin. Infoista saimme hyödyllistä tietoa opinnäytetöihin liittyvistä käytännöistä. Opinnäytetyön raporttiin, sen lähdemerkintöihin ja kielioppiin saimme ohjeistusta alkukevään 2013 aikana järjestetyiltä suomen kielen tunneilta.

Huhtikuussa 2013 aloimme suunnilla ja tehdä PowerPoint-esitystä. Esityksen raakaversio valmistui huhtikuun lopussa, jolloin lähetimme sen opinnäytetyö ohjaajille ja tuttavillemme luettavaksi. Kommenttien perusteella korjasimme esityksen toukokuun alussa. Opinnäytetyö valmistui suunnitellusti kevään 2013 aikana.

6 Pohdinta

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Kylmän ja Juvakan (2007, 128 - 129) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuutta lisää esimerkiksi tutkimuksen tekijän pitkä kokemus tutkittavan ilmiön parissa. Vahvistettavuus tarkoittaa, että prosessin kulkua voidaan seurata ja toisellakin tutkijalla on mahdollisuus päästä samaan lopputulokseen. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan ja vaikutuksestaan aineistoon ja tutkimusprosessiin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tiedon hyödynnettävyyttä jatkossa vastaavissa tilanteissa.

Tutkimusetiikassa on kyse siitä, miten tehdään hyvää ja luotettavaa tutkimusta eettisesti. Erityisen tärkeitä ovat eettiset ratkaisut tieteissä, joissa käytetään ihmisiä tiedon lähteinä ja tutkitaan inhimillistä toimintaa. Jotta hoitotyöntekijä voisi käyttää tutkimusta omassa työssään, hänen olisi kyettävä arvioimaan tutkimuksen eettisyyttä sekä sitä, mihin hän tutkimusta tarvitsee ja mikä on häntä askarruttava hoitotyön kysymys. Tietolähteiden valinta on ratkaiseva eettisyyden ja

luotettavuuden kannalta, sillä valinnat saattavat ohjata tutkimustuloksia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 284 - 285.)

Työn uskottavuutta ja luotettavuutta lisää se, että monissa valitsemissamme muistisairauksia käsittelevissä lähde-teoksissa oli samat kirjoittajat (Erkinjuntti ja Sulkava). He ovat kirjoittaneet useita luotettavana pidettyjä teoksia aiheesta. Heidän tekstejään on julkaistu muun muassa Käypä hoito -suosituksissa sekä muissa lääkäriseura Duodecimin julkaisuissa. Toisaalta pohdimme, tuleeko teoreettinen tietoperusta tällöin liian suppeasta näkökulmasta, kun moneen lähde-teosten tekemiseen olivat osallistuneet samat henkilöt. Päädyimme käyttämään monessa kohdin heidän kirjoituksiaan. Vaihtoehtona olisi ollut käyttää niin sanotusti epävirallisempaa tietoa muistisairauksista. Näitä olisi esimerkiksi ollut hoitajien, omaisten tai sairaiden kokemuksia muistisairauksista, joita löytyi erittäin paljon. Ajattelimme kuitenkin pidättäytyä virallisessa, tutkitussa tiedossa.

Toiseksi opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että olemme keränneet lähdemateriaalia luotettavista paikoista: teoksia koulun kirjastosta, Internet-lähteitä Nelli-portaalin kautta eri tietokannoista, artikkeleita ammattilehdistä sekä muita lähteitä Internet-sivustoilta, joilla on ollut tekijä tai järjestö takanaan. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös ajantasainen tieto, joten tästä opinnäytetyöstä on karsittu pois ennen 2000-lukua tehdyt teokset. Vuorovaikutus-osioon olisimme saaneet enemmänkin suomenkielisiä tutkimuksia, mutta ne olisivat olleet 1990-luvulta, minkä vuoksi päätimme karsia ne pois lisätäksemme luotettavuutta. Vertaamalla kansainvälisiin lähteisiin on varmistettu tiedon paikkansa pitävyyttä.

Vahvistettavuus näkyy siinä, että olemme pitäneet opinnäytetyöprosessin ajan prosessipäiväkirjaa (liite 2). Päiväkirjasta voi nähdä, miten pitkä prosessi on ollut, ja mitä kaikkea siihen on kuulunut. Olemme jo aikaisemmin maininneet, että olemme kumpikin työskennelleet muistisairaiden parissa, mikä tulisi huomioida refleksiivisyydessä. Uskomme, että taustamme ja aikaisemmat tiedot vaikuttivat valittuun lähdemateriaaliin, mikä voi olla niin hyvä kuin huonokin asia. Toisaalta kokemus tuo opinnäytetyöhön persoonallisen näkökulman, ja siirrettävyyden kannalta olemme pystyneet hyödyntämään keräämäämme tietoa jo omassa työssämme. Toki siirrettävyyttä ajatellen täytyy muistaa, että työssäm-

me esitetyt keinot eivät välttämättä sovi kaikille muistisairaille, sillä he ovat yksilöitä, joilla jokaisella on oma taustansa ja tapansa toimia erilaisissa vuorovaikutustilanteissa.

Tässä opinnäytetyössä ei tehty tutkimusta eikä haastatteluja, joten niihin liittyvät eettiset kysymykset jäävät pois. Käytimme opinnäytetyössä toisten tekemiä tutkimuksia sekä teoksia, jolloin tekijänoikeudet haastoivat pohtimaan lähdemateriaalin hyödyntämistä. Vilkan ja Airaksisen (2003, 78) mukaan plagiointia on toisten ideoiden ja ajatusten anastaminen sekä epäselvät ja vaillinaiset lähdeviitteet. Tämän pyrimme huomioimaan siten, että mikäli teksti ei ollut omia näkemyksiämme, laitoimme lähdemerkinnät sekä tekstin perään että lähdeluetteloon Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyö 2013 -ohjeiden mukaisesti.

Tuotoksessamme oleva teksti pohjautuu opinnäytetyön raporttiin, joten samat eettiset kysymykset esimerkiksi plagioinnista koskevat myös sitä. Noudatimme salassapitovelvollisuutta tuodessamme tuotokseen esimerkin omasta kokemuksesta, sillä siitä ei voi tunnistaa kyseessä olevaa muistisairasta. PowerPointin ulkoasu pidettiin neutraalina, ettei se loukkaisi ketään.

6.2 Opinnäytetyöprosessin tarkastelu ja arviointi

Opinnäytetyöprosessin aloittaminen vuosi sitten keväällä oli hyvä asia, sillä näin saimme kesän 2012 aikana rauhassa pohtia aihetta. Aiheen valinnassa hyvää oli sen ajankohtaisuus, sillä kumpikin meistä työskenteli opinnäytetyöprosessin aikana muistisairaiden parissa, ja näin meillä oli myös mahdollisuus käytännössä harjoitella vuorovaikutuksesta löytämäämme tutkimustietoa. Aihe siis tuli omista mielenkiinnon kohteistamme, mikä helpotti prosessin tekemistä. Kun huomasimme, että pienet vinkit vuorovaikutuksen tukemiseen todella auttoivat, saimme lisää merkittävyyttä opinnäytetyöhömmme.

Prosessissa etenimme hieman itsepintaisesti syksyllä 2012 itsellemme laatimamme etenemissuunnitelman mukaan. Suunnitelmamme oli ensin käydä läpi yleisimmät muistisairaudet ja vuorovaikutus käsitteenä. Vasta keväällä 2013 oli

tarkoitus ottaa mukaan hoitotyön näkökulma ja painottaa siihen. Itse Power-Point-esityksen laatiminen jätettiin teorian tiedon valmistumisen jälkeiseen ajankohtaan. Tämä itsepintaisuus aiheutti ehkä hankaluuksia ohjaajille ohjata meitä, sillä ulkopuolisen silmin näytti, että työmme ei edennyt paljoakaan. Meidän kannaltamme tämä oli kuitenkin tärkeää tiedonhaun aikaa. Luimme paljon lähdemateriaalia, mikä ei kuitenkaan päätynyt varsinaiseen opinnäytetyöhön. Emme kuitenkaan kokeneet puutteita ohjauksessa tai ongelmia työmme etenemisessä. Pidämme toimintaamme meille oikeana, sillä se helpotti prosessinhallintaa ja aikataulutusta.

Tiedonetsintävaiheessa oli tarjolla runsaasti tietoa muistisairauksista, mutta niiden vaikutuksesta vuorovaikutukseen oli paljon vähemmän. Etenevien muistisairauksien vuorovaikutus-osiot jäivät tämän vuoksi hieman suppeiksi. Itse Vuorovaikutus muistisairaahan hoitotyössä -kappaleen alle jouduimme yhdistelemään tietoja useammasta eri lähteestä, ja käytimme runsaasti ulkomaisia lähteitä, sillä suomalaista, tuoretta tutkimustietoa on olemassa vähän. Aiheen rajasimme koskemaan teorian tiedon osalta pelkästään yleisimpiä muistisairauksia, mikä oli hyvä ratkaisu. Näin opinnäytetyön laajuus oli sopiva ja pääpainotus hoitotyössä.

Kehitettävänä asiana opinnäytetyöprosessissa on aikataulutus. Aikataulumme oli paljon riippuvainen muiden opintojen etenemisestä. Olisimme voineet työskennellä nopeammin niin, että olisimme päässeet suunnittelemaan tuotostamme hieman aikaisemmin. Tämä olisi antanut enemmän aikaa tehdä tuotosta. Toisaalta paikkasimme tätä aikataulutuksen epäkohtaa sillä, että luetutimme työtä useammalla ulkopuolisella. Työtämme olisi voinut myös laajentaa siten, että olisimme tehneet Käytännönläheisiä keinoja vuorovaikutuksen tukemiseen -osion laajemmaksi ja olisimme lisänneet sinne esimerkkejä. Emme kuitenkaan lähteneet laajentamaan työtämme, sillä esimerkit eivät olisi mielestämme sopineet tämäntyyppiseen työhön.

Uskomme, että vuorovaikutusta tukevia keinoja soveltaen pystymme hyödyntämään opinnäytetyön antia tulevaisuudessa hoitotyötä tehdessämme myös muissa asiakasryhmissä. Opinnäytetyö on valottanut pienten asioiden merkitystä vuorovaikutuksen onnistumisessa. Esimerkiksi oman ulkoisen olemuksen

merkitys on suuri. Tämä myös vahvistaa omaa ammatti-identiteettiä, sillä olemme harjoittelujaksoilla ja työelämässä saaneet palautetta avoimesta, positiivisesta ja asiakaslähtöisestä asenteesta, mitkä kaikki tukevat vuorovaikutuksen onnistumista.

6.3 Opinnäytetyön jatkokehitysmahdollisuudet ja hyödynnettävyys

Jatkossa voisi tutkia, onko työstä ollut hyötyä opiskelijoille, kun he lähtevät työharjoitteluun muistisairaiden pariin. Toisaalta työtä voidaan kehittää muistisairaiden omaisille tai jo valmiille hoitajille tarkoitetuksi tietopaketiiksi. Työtä voisi laajentaa koskemaan harvinaisempiakin muistisairauksia. Tietoa esimerkiksi teknologian mahdollisuuksista vuorovaikutuksen tukemisessa voisi yrittää löytää lisää, kunhan tutkimuksia aiheesta syntyy. Opinnäytetyömme on hyödynnettävissä jatkossa Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opetuksessa, sillä toimeksiantajallamme on lupa päivittää ja muokata tuotosta.

Lähteet

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K.-R. & Pohjola, L. 2008. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Alzheimerföreningen i Sverige. 2012. Alzheimers sjukdom.
http://www.alzheimerforeningen.se/alzheimers.php?select=meny2_1. 8.5.2013.
- Alzheimer's society. 2013. Communicating.
http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?docu docume=130. 18.3.2013.
- Andreev, T. & Salomaa, V. 2005. Kokemista ja kuvitusta – luovat ja toiminnalliset menetelmät vanhustyössä. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatus vanhustyöhön. Helsinki: Tammi, 161 - 192.
- Atula, S. 2012. Lewyn kappale -tauti. Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105. 29.10.2012.
- Audience first. 2013. Sävelsirkku.
<http://www.audience.fi/audiencefirst/index.php?page=savelsirkku-etusivu>. 2.4.2013.
- Burakoff, K. 2012. Toimiva vuorovaikutus -kokonaisuus. Papunet. papu-net.net/fileadmin/muut/vuorovaikutus/toimiva_vuorovaikutus_01.pdf. 8.11.2012.
- Elkins, Z. 2011. Communication Bridges for Patient With Dementia. Primary Health Care 21 (10), 16-19.
<http://primaryhealthcare.rcnpublishing.co.uk/archive/article-communication-bridges-for-patients-with-dementia>. 3.3.2013.
- Erkinjuntti, T. 2010. Muistioireet, lievä kognitiivinen heikentyminen ja dementia. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveysportti.fi/tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00879&p_haku=muistisairaus. 18.3.2013.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2003. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 142-158.
- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 16 - 20.
- Hammar, L., Emami, A., Engström, G. & Götell, E. 2011. Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 25 (1), 160 - 168.
<http://web.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/detail?vid=3&sid=c19474e5-e84e-4488-bf2c-a87f8587c62d%40sessionmgr113&hid=114&bdata=JnNpdGU9ZW hvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2010940146>. 4.3.2013.
- Hautsalo, H. 2007. Esitysgrafiikan pikaopas. PowerPoint 2007. Jyväskylä: WSOY.

- Heath, P. 2008. Power To Your Point. A Practical Guide to the Creation of Effective PowerPoint® Presentations. Tampere: Amk Publishing.
- Hihnala, H. 2013. Robottihylje saapui Suomeen ensivierailulle. <http://www.ikateknologia.fi/hankkeita-ja-julkaisuja/julkaisuja/robottihylje-saapui-suomeen-ensivierailulle.html>. 2.4.2013.
- Häkämies, A. 2012. Eläytyvä kuuntelu. Teoksessa Pohjavirta, H. (toim.) Onko tänään eilen. TunteVa-opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen kaupunkilähetys ry, 7 - 14.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.
- Innohoiva. 2013. PARO osana elämänlaatua. <http://www.innohoiva.fi/>. 2.4.2013.
- Jootun, D. & McGhee, G. 2011. Effective communication with people who have dementia. Nursing standard 25 (25), 40 - 46. <http://web.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e5df9bd7-2306-42ac-9981-065e8fe8017e%40sessionmgr13&vid=6&hid=13>. 10.1.2013.
- Kivikoski & Laaksonen. 2003. Alzheimerin tautia sairastavan potilaan hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim, 450 - 454.
- Koulutuksen tutkimuslaitos. 2011. Kuinka teet PowerPoint esityksen. Jyväskylän yliopisto. <http://ktl.jyu.fi/ktl/intraktl/julkaisu/esittely/ppt> 17.12.2012.
- Koskinen, S., Nieminen, M., Martelin, T & Sihvonen, A.-P. 2008. Väestön määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 28 - 50.
- Kuikka, P., Pulliainen, V. & Hänninen, R. 2002. Kliininen neuropsykologia. Helsinki: WSOY.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Editat.
- Kähkönen, E. 2013. "Puhu siitä mikä mättää". Sairaanhoidaja 86 (2), 16 - 17.
- KÄKÄTE-projekti. 2013. Tietoa KÄKÄTE-projektista. <http://www.ikateknologia.fi/fi/tietoa-kakate-projektista.html>. 22.4.2013.
- Käypä hoito -suositus. 2010a. Muistisairaudet. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50044#T8>. 16.11.2012.
- Käypä hoito -suositus. 2010b. Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, sujumaton afasia ja semanttinen dementia). <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix01501>. 18.11.2012.
- Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2002. Ymmärrä – tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Launonen, K. & Roisko, E. 2008. Viestinnän ja vuorovaikutuksen kuntoutushaasteet. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 608 - 623.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Lewy Body Society. 2012. Lewy Body Disease Science. <http://lewybody.org/science>. 8.5.2013.


- Lindholm, C. 2006. Det är som sjutton också – Kiinteät ilmaukset dementiaa sairastavien vanhusten ja hoitajien keskusteluissa. Puhe ja Kieli, 26 (3), 185 - 200. ojs.tsv.fi/index.php/pk/article/download/6663/5440. 20.2.2013.
- Lumijärvi, H. 2012. Terapeuttinen yhteisöhoito ja TunteVa hoitokodissa. Teoksessa Pohjavirta, H. (toim.) Onko tänään eilen. TunteVa-opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen kaupunkilähetys ry, 40 - 44.
- Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 121 – 141.
- Pohjavirta, H. 2012a. TunteVa- toimintamalli. Teoksessa Pohjavirta, H. (toim.) Onko tänään eilen. TunteVa-opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen kaupunkilähetys ry, 21 - 39.
- Pohjavirta, H. 2012b. TunteVa- toimintamallin käyttö. Teoksessa Pohjavirta, H. (toim.) Onko tänään eilen. TunteVa-opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen kaupunkilähetys ry, 45 - 80.
- Pohjavirta, H. & Sipola, S. 2005. Kohti arvostavaa vuorovaikutussuhdetta. Kokemuksia validaatiomenetelmästä heikkokuntoisten vanhusten hoidossa. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajaliitto/1_2005/maat_artikkelit/kohti_arvostavaa_vuorovaikutussuhdetta/. 26.3.2013.
- Päiväsaari-Vestenius, S., Mikkonen, M., Pieviläinen, M. & Pohjola, L. 2008. Sävelsirkku-järjestelmä hoitotyön apuvälineenä - InnoÄäni-projektin loppuraportti. Helsinki: InnoKusti-hanke. http://www.audioriders.fi/savelsirkku/Innoaani_loppuraportti.pdf. 8.5.2013.
- Ravelin, T. 2008. Tanssiesitys auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä. Oulun yliopisto. herkules oulu.fi/isbn9789514288913/isbn9789514288913.pdf. 26.2.2013.
- Rinne, J. 2010. Lewyn kappale –tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 159 - 164.
- Rylatt, P. 2012. The benefits of creative therapy for people with dementia. Nursing Standard 26 (33), 42 - 47. <http://web.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/detail?vid=3&sid=1b3ca21c-04a9-4a7d-b852-702ec9d32c2a%40sessionmgr115&hid=126&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2011531121>. 3.3.2013.
- Saarela, M. 1999. Sävelsirkku ääniohjelmat vuorovaikutuksen ja toimintakyvyn ylläpitämisen apuvälineinä vanhustyössä. Tiivistelmä. <http://www.audience.fi/audiencefirst/index.php?page=ajan-aalloilla>. 2.4.2013.
- Sulkava, R. 2009. Alzheimerin tauti. Duodecim. http://www.terveysportti.fi/tietopalvelu.pkamk.fi:8080/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00883&p_haku=alzheimer. 25.10.2012.
- Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Telvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 120 - 138.

- Sulkava, R., Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 81 - 116.
- Taylor, R. 2008. Alzheimerin kanssa. Helsinki: Edita.
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi: Helsinki.
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 28 - 36.
- WHO. 2012. Dementia. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>. 16.11.2012.
- Young, T. 2012. Devising a dementia toolkit for effective communication. Nursing & Residential Care 14 (3), 149 - 151.
<http://web.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=06ba7ae3-7e3c-4cc3-b693-e6fa5d143ecf%40sessionmgr111&hid=125>. 8.5.2013.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Karelia ammattikorkeakoulu
Toimeksiantajan edustaja:	Raija Tanskanen
Osoite:	Tikkariinne 9, 80200 Joensuu
Puhelinnumero:	
Sähköposti:	raija.tanskanen@karelia.fi
Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1001483 Katja Kinnunen, 1001482 Piia Kinnunen
Puhelinnumero:	
Sähköposti:	katja.kinnunen@edu.karelia.fi, piia.kinnunen@edu.karelia.fi
Toimeksiantajan sitoumukset	
Sitounnu päivittämään PowerPointia ja hyödyntämään sitä opetuksessa.	
Opiskelijan sitoumukset	
Sitoudumme tekemään PowerPointin ja luovuttamaan sen toimeksiantajan käyttöön.	
Opinnäytetyön ohjaus PKAMK:ssa	
Ohjaaja(t):	Raija Tanskanen Kirsi Sallinen
Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	
Allekirjoitukset	
Päiväys 20.2.2013	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Katja Kinnunen KATJA KINNUNEN Piia Kinnunen PIIA KINNUNEN
Päiväys 25.2.2013	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys  Susanna Rosell Johtaja

Opinnäytetyön prosessikuvaus

Päivämäärä	Vaihe	Kuvaus/Sisältö
Huhtikuu 2012	Aiheen suunnittelua	Kirjallisuuskatsaus tehtiin aiheesta Muistisairauden vaikutus vuorovaikutukseen. Pohdimme aihetta tulevaan opinnäytetyöhön.
Toukokuu 2012	Opinnäytetyön 0-info	Yleistä opinnäytetyön tekemisestä Tutustuminen toimeksiantoihin Päätös ottaa kirjallisuuskatsauksen aihe
Toukokuu 2012	Aiheen valinta	Opinnäytetyöstä toiveen esittäminen
3.9.2012	Opinnäytetyön 1-info	Yleistä opinnäytetyöstä
Syyskuu 2012	Aihesuunnitelma	Aihesuunnitelman kirjoittaminen
20.9.2012	Aihesuunnitelma	Aihesuunnitelman ja tulevan tiedonhankintasuunnitelman käsittely pienryhmässä Opinnäytetyöohjaaja Raija Tanskanen halusi tulla työmme toimeksiantajaksi.
Lokakuu 2012	Toimeksiantaja	Keskustelimme toimeksiantajan kanssa aiheesta Muistisairauden vaikutuksesta vuorovaikutukseen. Päädymme toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Tuotokseksi sovimme PowerPoint-esityksen tekemisen.
Syyskuu-Joulukuu 2012		Hankimme tietoa yleisimmistä etenevistä muistisairauksista, luimme hoitajien, omaisten ja sairaan kokemuksia muistisairauksista.
23.10.2012	Pienryhmäohjaukseen osallistuminen	Yleistä keskustelua tiedonhankintasuunnitelman laatimisesta
20.11.2012	Pienryhmäohjaukseen osal-	Kävimme läpi senhetkiset

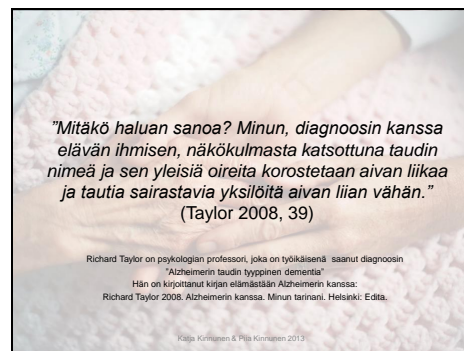
	listuminen	tiedonhankintasuunnitelmat ja saimme korjausehdotuksia.
10.12.2012	Opinnäytetyösuunnitelman esittäminen	
10.12.2012 - 10.1.2013	Korjauksien tekeminen opinnäytetyösuunnitelmaan	Korjasimme tiedonhankintasuunnitelmaa saamamme palautteen perusteella.
Tammikuu 2013	Toimintasuunnitelman laatiminen keväälle	
15.1.2013	Opinnäytetyösuunnitelman hyväksyminen	
18.1.2013	Pienryhmäohjaukseen osallistuminen	
23.1.2013	Opinnäytetyön 2-info	
Helmikuu 2013	Tiedonhakua ja opinnäytetyön kirjoittamista	Etsimme tutkimuksia (suomeksi, englanniksi ja ruotsiksi) vuorovaikutuksesta ja keskityimme täydentämään vuorovaikutus-osiota.
20.2.2013	Pienryhmäohjaukseen osallistuminen	Saimme kommentteja työmme parantamiseen.
25.2.2013	Toimeksiantosopimuksen saaminen toimeksiantajalta	
Maaliskuu 2013	Tiedonhakua ja opinnäytetyön kirjoittamista	Vuorovaikutus-osion kirjoittamista
12.3.2013	Pienryhmäohjaukseen osallistuminen	Yleistä edistymisestä
Huhtikuu 2013		Vuorovaikutus-osion kirjoittamista ja PowerPointin tekemistä
2.4.2013	Pienryhmäohjaukseen osallistuminen	Yleistä edistymisestä
23.4.2013	Opinnäytetyön 3-info	Saimme infoa opinnäytetyöprosessin loppuvaiheesta.
Toukokuu 2013	Tuotoksen ja raportin arviointi	
2.5.2013		Opinnäytetyöohjaukseen osallistuminen s-postin välityksellä
30.5.2013	Opinnäytetyöseminaarissa opinnäytetyön esittäminen	

PowerPoint-esitys

Dia 1



Dia 2




Dia 3



Dia 4

Vuorovaikutus

- Eritavoin tuotettujen viestien vaihtoa
 - Sanallista tai sanatonta
 - Tunteiden ja ajatusten peilaamista ja jakamista
 - Yhdessä oloa ja tekemistä
- Vuorovaikutuksen oppiminen tapahtuu elämäkokemuksen kautta



Katja Kumpulainen & Pasi Kumpulainen 2013

Dia 5

Muistisairaus ja vuorovaikutus

- Ikääntyminen itsessään ei aiheuta ongelmia vuorovaikutukseen!
- Vaikka muistisaira on lähimuisti on usein huono tai jopa olematon, hän muistaa tunteita tai tunnelmia
- Muistin ohella tapahtuu muutoksia muuallakin kognitiivisessa eli tiedonkäsittelyssä
- Huumorintaju säilyy



Katja Kumpulainen & Pasi Kumpulainen 2013

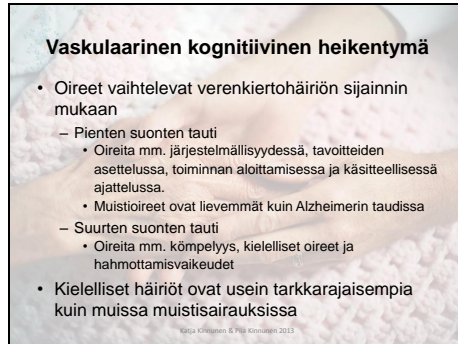
Dia 6

Alzheimerin tauti

- Arvellaan johtuvan amyloidivalkuaisaineen kertymisestä aivoihin
- Näkyy vuorovaikutuksessa jo taudin varhaisessa vaiheessa:
 - Sanojen hakemisena
 - Sanojen hahmottamisen vaikeutena
- Sosiaalisen keskustelun taidot voivat olla hyvät
- Sairas voi peittää unohtuneita sanoja kiertoilmaisuja käyttämällä

Katja Kumpulainen & Pasi Kumpulainen 2013

Dia 7



Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen

- Oireet vaihtelevat verenkiertohäiriön sijainnin mukaan
 - Pienten suonien tauti
 - Oireita mm. järjestelmällisyydessä, tavoitteiden asettelussa, toiminnan aloittamisessa ja käsitteellisessä ajattelussa.
 - Muistioireet ovat lievemmät kuin Alzheimerin taudissa
 - Suurten suonien tauti
 - Oireita mm. kömpelyys, kielelliset oireet ja hahmottamisvaikeudet
- Kielelliset häiriöt ovat usein tarkkarajaisempia kuin muissa muistisairauksissa

Kirja Kumpulainen & Pää Kumpulainen 2013

Dia 8

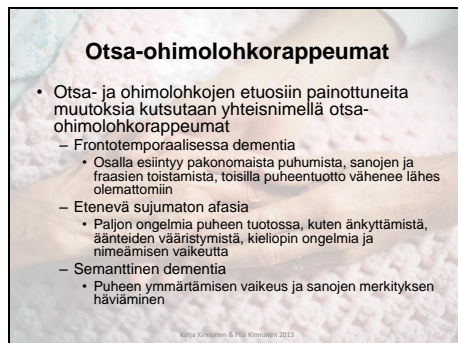


Lewyn kappale -tauti

- Arvellaan johtuvan hermosolujen sisäisten jyväsien (nk. Lewyn kappaleiden) kertymisestä aivorunkoon ja aivokuorelle
- Muisti säilyy hyvänä pitkäänkin
- Vuorovaikutusta häiritsevät Parkinsonin taudin kaltaiset oireet, kuten jäähmeys, ilmeettömyys ja puheen tuoton vaikeutuminen

Kirja Kumpulainen & Pää Kumpulainen 2013

Dia 9

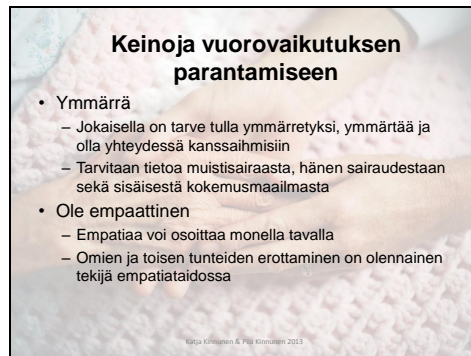


Otsa-ohimolohkorappeumat

- Otsa- ja ohimolohkojen etuosiin painottuneita muutoksia kutsutaan yhteisnimellä otsa-ohimolohkorappeumat
 - Frontotemporaalisessa dementia
 - Osalla esiintyy pakonomaista puhumista, sanojen ja fraasien toistamista, toisilla puheentuotto vähenee lähes olemattomiin
 - Etenevä sujumaton afasia
 - Paljon ongelmia puheen tuotossa, kuten äänkyttämistä, äänteiden vääristymistä, kielipin ongelmia ja nimeämisen vaikeutta
 - Semanttinen dementia
 - Puheen ymmärtämisen vaikeus ja sanojen merkityksen häviäminen

Kirja Kumpulainen & Pää Kumpulainen 2013

Dia 10

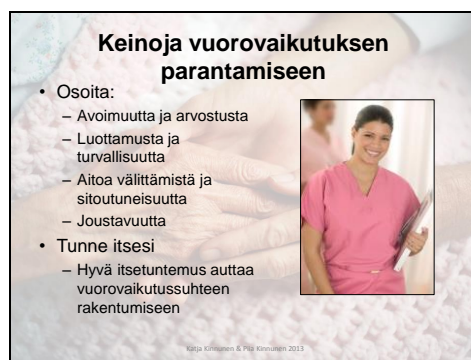


Keinoja vuorovaikutuksen parantamiseen

- Ymmärrä
 - Jokaisella on tarve tulla ymmärretyksi, ymmärtää ja olla yhteydessä kanssaihmiin
 - Tarvitaan tietoa muistisairaasta, hänen sairaudestaan sekä sisäisestä kokemusmaailmasta
- Ole empaattinen
 - Empatiaa voi osoittaa monella tavalla
 - Omien ja toisen tunteiden erottaminen on olennainen tekijä empatiataidossa


Katja Kinnunen & Pii Kinnunen 2013

Dia 11



Keinoja vuorovaikutuksen parantamiseen

- Osoita:
 - Avoimuutta ja arvostusta
 - Luottamusta ja turvallisuutta
 - Aitoa välittämistä ja sitoutuneisuutta
 - Joustavuutta
- Tunne itsesi
 - Hyvä itsetuntemus auttaa vuorovaikutussuhteen rakentumiseen



Katja Kinnunen & Pii Kinnunen 2013

Dia 12



Keinoja vuorovaikutuksen parantamiseen

- Anna aikaasi
 - Se auttaa ymmärtämään muistisairasta
 - Muistisairas tarvitsee aikaa:
 - Tiedonkäsittelyyn
 - Vastaamiseen
 - Ajatusten ja sanojen viimeistelyyn
- Ymmärrystä ei tule teeskennellä
 - Tärkeää on, että muistisairaahan todelliseen hätään vastataan ja hoitaja ymmärtää väärin sanotetun viestin

Katja Kinnunen & Pii Kinnunen 2013

Dia 13

Keskustelutilanteissa

- Keskustele tutuista aiheista
- Käytä muistisairaana äidinkieltä
- Käytä tuttuja sanoja ja fraaseja
- Puhu selkeästi ja lyhyesti
- Esitä vain yksi asia kerrallaan
- Hallitse äänenkäyttösi
- Puhu aikuiselle

Katja Kinnunen & Pasi Kinnunen 2013

Dia 14

Lisäkeinoja vuorovaikutuksen parantamiseen

- TunteVa-toimintamalli
- Luovat ja toiminnalliset menetelmät
- Teknologian mahdollisuudet



Katja Kinnunen & Pasi Kinnunen 2013

Dia 15

TunteVa-toimintamalli

- Suomalainen muistisairaiden vuorovaikutusta parantava toimintamalli
- Ajatuksena on tunnepohjainen vuorovaikutus hoitajan ja hoidettavien välillä
- Parantaa myös muistisairaana identiteettiä ja omanarvontuntoa
- Korostaa yhteisöllisyyden merkitystä vuorovaikutuksen tukemisessa

Katja Kinnunen & Pasi Kinnunen 2013

Dia 16

TunteVa-toimintamalli
- Esimerkki tunnepohjaisesta vuorovaikutuksesta

"Yli 80-vuotiaan asukkaamme dementia on edennyt pitkälle muutamassa kuukaudessa. Rouva on levoton ja ahdistunut: koti ja lapset ovat hukassa. Hän anoo anteeksiantoa, muttei tiedä mihin. Hoitajana olen mennyt mukaan tunteeseen, kysynyt kodista, ikävästä ja lapsista. Olen voinut mennä mukaan tunteeseen, vaikka en ole pystynyt täysin selvittämään, missä asiakas omassa mielessään elää. Kyseleminen on selvästi vähentänyt hänen ahdistustaan."
(Pohjavirta 2012, 53.)

Piia Kinnunen & Piia Kinnunen 2013

Dia 17

Luovat ja toiminnalliset menetelmät

- Luovia ja toiminnallisia menetelmiä ovat esim. tanssiesitykset, musiikkiterapeuttinen hoito ja laulaminen
- Mahdollistavat tunneperäisen vapautumisen sekä tarjoavat keinon kommunikoida luovan itseilmaisun kautta
- Luovuus ja elämyksellisyys antavat onnistumisen ja yhdessäolon kokemuksia sekä tukevat elämänhallintaa

Piia Kinnunen & Piia Kinnunen 2013

Dia 18

Luovat ja toiminnalliset menetelmät
- Esimerkki työelämästä


"Olin työparini kanssa pesemässä 95-vuotiasta rouvaa, jolla on pitkälle edennyt Alzheimerin tauti. Rouva istui suihkutuolissa ja vastusteli suihkutusta kirkuen, lyöntien ja potkujen säestyksellä. Työparini alkoi laulaa Sylvian joululaulua. Ensin rouva hiljeni ja sitten hän yhtyi lauluun. Laulun ajan peseminen oli helppoa ja rauhallista. Laulun loputtua rouva muuttui jälleen levottomaksi."
(Piia Kinnunen)

Piia Kinnunen & Piia Kinnunen 2013

Dia 19

Esimerkkejä teknologian mahdollisuuksista

- Sävelsirku-äänipalvelu
 - Sävelsirku on suomalainen keksintö
 - Kattaa tuhansia musiikki- ja puheohjelmia, hoitajille välineitä tuokion suunnitteluun sekä Sävelsirku-laitteiston
 - Parantaa muistisairaiden kykyä olla vuorovaikutuksessa niin hoitohenkilökunnan kuin toisten vanhusten kanssa



Kirja Kinnunen & Pasi Kinnunen 2013

Dia 20

Esimerkkejä teknologian mahdollisuuksista



Paro-hyljerobotti


- Alkuaan Japanilainen keksintö
- Pieni hylje, jota ohjaa sen sisäiset tietokoneet
- Stimuloi tunteita, puhetta, vuorovaikutusta ja muistoja
- "Maailman terapeuttisin robotti" – palkinnon voittaja

Kirja Kinnunen & Pasi Kinnunen 2013

Dia 21

Lähteet

- Kinnunen, K. & Kinnunen, P. 2013. Vuorovaikutuksen tukeminen muistisairaana hoitotyössä. PowerPoint-esitys hoitotyön opetukseen. Joensuu: Karelia ammattikorkeakoulu
- Taylor, R. 2008. Alzheimerin kanssa. Helsinki: Edita.
- Pohjavirta, H. 2012. TunteVa-toimintamallin käyttö. Teoksessa Pohjavirta, H. (toim.) Onko tänään eilen. TunteVa-opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen kaupunkilähetys ry, 45 – 80.
- Kuvat teknologian mahdollisuuksista: Koskelan vanhustenkeskus 2013
- Muut kuvat: ClipArt -kuvapankki



Kirja Kinnunen & Pasi Kinnunen 2013